

Självskattad self-efficacy och rörelserädsla hos patienter inför total höftledsoperation

Förutsättningar för och behov av
personcentrerad vård

FÖRFATTARE	Simon Ström
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng, OM5250, Examensarbete i omvårdnad VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars-Eric Olsson
EXAMINATOR	Kerstin Dudas

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Självskattad self-efficacy och rörelserädsla hos patienter inför total höftledsoperation: Förutsättningar för och behov av personcentrerad vård
Titel (engelsk):	Self-Rated Self-Efficacy and Fear of Movement in Patients Before Total Hip Replacement: Possibilities for and Need of Person-Centered Care
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	15 sidor
Författare:	Simon Ström
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Kerstin Dudas

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund

Total höftledsoperation är en vanlig och oftast komplikationsfri operation där patienten kan gå från en smärtfylld vardag till en smärtfri vardag. Operationstekniskt skulle en del patienter kunna gå hem väldigt snart. Dock har vi inte kunskapen om vad som krävs för att komma dit. Ett steg i den riktningen är att införa personcentrerad vård där patienten och vården utvecklar sitt samarbete. General Self-Efficacy Scale och Tampa Scale for Kinesiophobia, som mäter rörelserädsla, är två instrument som kan ge information om vilka patienter som behöver mer stöd i sin rehabilitering. Vården kan utifrån den kunskapen rikta sina insatser mot de som har störst behov.

Syfte: Syftet var att beskriva patienters självskattade self-efficacy och rörelserädsla inför planerad höftledsoperation.

Metod: Ett konsekutivt urval av 138 patienter planerade för primär total höftledsoperation. Mätinstrumenten Self-Efficacy Scale och Tampa Scale for Kinesiophobia användes för självskattning inför operation.

Resultat: Cirka 25 % av patienterna hade en sänkt self-efficacy och cirka 50 % hade en rörelserädsla som var förhöjd

Konklusion: För att utveckla rehabiliteringen för patienter som genomgår total primär höftledsoperation bör särskilda insatser testas för patienter som har sämre skattningar i dessa instrument. Detta kan ge kunskaper om hur vården kan utveckla sätt att hjälpa patienter att återta sin självständighet tidigare.

Nyckelord: self-efficacy; rörelserädsla; personcentrerad vård; total höftledsoperation.

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Self-efficacy	3
Rörelserädsla	4
Personcentrerad vård	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Etik	7
Mätinstrument.....	7
Resultat.....	7
Diskussion	8
Metoddiskussion.....	8
Resultatdiskussion	9
Performance accomplishments	9
Vicarious experience	10
Verbal persuasion	10
Emotional state	10
Personcentrerad vård	10
Studiens begränsningar.....	11
Konklusion.....	11
Referenser	12
Bilagor	14

2011 genomgick 15 719 personer en total höftledsoperation i Sverige. Total höftledsoperation är en oftast lyckosam operation där patienten i hög grad kan återfå sin tidigare fysiska förmåga, jämfört med hur det var innan operation, och de blir i det närmaste smärtfria. De som erbjuds primär total höftledsoperation är i de flesta fall personer med artros i höften. Vid artros bryts ledbrusket i höften ned. Artros kan ses som en långsamtgående process där just nedbrytningen av ledbrusket är slutstadiet av denna process. Höftartros är något vanligare hos kvinnor.

Att leva med höftartros är påfrestande eftersom smärtan hela tiden tilltar och efter en fortskriden sjukdom förekommer även vilosmärta. Höftartros visar sig tidigt som smärta vid ansträngningar så som strumppåsättning och vid sittande med korsade ben. I början får personerna så kallad icke-kirurgisk behandling, vilket bland annat innebär mer träning och viktnedgång, samt smärtlindrande medicinering. Om tillståndet blir värre är det aktuellt med byte av höftled. Operationen är oftast komplikationsfri, och endast 5 % behöver göra om sin operation under en tioårsperiod på grund av komplikation. Oftast beror komplikationerna på att den konstgjorda ledkulan har lossnat från den konstgjorda leden.

När det gäller dessa patienter kan det tänkas att begreppen self-efficacy och rörelserädsla kan utgöra en viktig del av utformning av rehabilitering. Att ta reda på om tilltro till egen förmåga kan stimulera en god rehabilitering och om hög rörelserädsla kan motverka rehabiliteringens syfte, får anses intressant att ta reda på.

Bakgrund

Self-efficacy

Bandura (1997) skriver om begreppet self-efficacy vari en viktig del är efficacy expectations. Efficacy expectations syftar på övertygelsen att kunna anpassa sitt beteende på så sätt att man når önskat resultat. Efficacy expectations avgör hur stor möda en person kommer att lägga ned och hur länge denne håller ut när han eller hon stöter på motstånd. De fyra delar som utgör för efficacy expectations är *performance accomplishments*, *vicarious experience*, *verbal persuasion* och *emotional state*.

Med performance accomplishments menas att fullborda en uppgift, och ju fler uppgifter som fullbordas desto bättre efficacy expectations skapas. När fler och svårare hinder klaras av kan motgångar hanteras något bättre än tidigare.

Vicarious experience innebär förbättrad efficacy expectations genom att se någon annan genomföra svåra uppgifter utan stora konsekvenser. Verbal persuasion, såsom positiv feedback, anses öka mödan man lägger ned i en viss situation, som ett komplement till andra faktorer som höjer efficacy expectations. Den fjärde

faktorn som påverkar efficacy expectations är emotional state. Om en person upplever mycket ångest, stress eller osäkerhet inför en situation, kan det öka risken för undvikande beteende. Om man kan minska denna emotionella osäkerhet, kan en persons undvikande beteende avta. En persons self-efficacy beror alltså på efficacy expectations, men även på hur situationen ser ut, och hur man värderar själva situationen. Det är viktigt att veta hur en uppgift kommer att se ut och vad som krävs för att genomföra den för att kunna ha hög self-efficacy (Bandura, 1997).

Eftersom self-efficacy beror på situation kan hög self-efficacy innan operation dock bli låg när patienterna möts av den postoperativa verkligheten, som kan skilja sig mycket från den verklighet som patienterna föreställt sig (Lucas, 2007). På samma sätt kan en låg self-efficacy kan bli hög när patienten ser möjligheter att tillfriskna snabbt (van den Akker-Scheek, Stevens, Groothoff, Bulstra & Zijlstra, 2007).

Träning, som i längden skapar performance accomplishments, får anses vara den kanske viktigaste vägen för att nå hög self-efficacy. Genom träning uppnås personlig erfarenhet vilket höjer nivån av self-efficacy (Dohnke, Knäuper & Müller-Fahrnow, 2005; Zulkosky, 2009).

I en studie gjord på patienter med ortopediska besvär visade det sig att ju högre nivå av self-efficacy patienterna rapporterade desto bättre tillfrisknande hade de efter operation (Waldrop, Lightsey, Ethington, Woemmel & Coke, 2001). Dohnke et al. (2005) kom fram till att ju högre self-efficacy patienterna hade vid inskrivning och ju högre nivån av self-efficacy blev under vårdtiden desto lägre nivåer av smärta, nedstämdhet och handikapp hade patienterna under rehabilitering efter byte av höftled.

Det är viktigt för varje patients self-efficacy att skapa en miljö kring operation och rehabilitering som inte upplevs som stressande. Stress är ett emotionellt tillstånd som minskar nivån av self-efficacy och något som kan frammana stresskänslor är smärta (Villadsen & Farschou, 2007).

Rörelserädsla

Kinesiofobi, eller rörelserädsla, innebär en överdriven och irrationell rädsla för att röra sig och utföra fysisk aktivitet, på grund av en upplevd sårbarhet relaterad till en smärtsam skada. Hög nivå av rörelserädsla antas ha en negativ påverkan på rehabiliteringsresultat (Lundberg, Styf & Carlsson, 2004).

Vid rädsla för smärta finns två sätt att angripa problemet. Antingen konfronterar man situationen eller så undviker man den. Konfrontation leder till minskad rädsla långsiktigt medan undvikande beteende ökar rädslan. Undvikande beteende, orsakat av smärta, har två komponenter: undvikande av smärterfarenhet och

undvikande av smärtsamma aktiviteter (Lundberg et al., 2004). De som konfronterar situationer kopplat med smärta har visat sig uppleva lägre smärtfrekvens, kortare smärtduration, lägre rädsla för smärta och lägre rädsla för skada än de som undviker samma situationer (Vlaeyen, Kole-Snijders, Rotteveel, Ruesink & Heuts, 1995).

Personcentrerad vård

Begreppet *patientcentrerad vård* har funnits sedan tidigare. Anledningarna till att man istället har valt att använda sig av begreppet *personcentrerad vård* (PCV) är flera. Med ordet tenderar personen att bli reducerad till ett objekt, en passiv mottagare av vård. Dessutom är en person, till skillnad från en patient, någon med ansvar för sina egna handlingar. Som tidigare nämnt syftar dessutom PCV till att se personen bakom patienten, varför det då blir viktigt att göra skillnad på patient och person (Ekman, Swedberg et al., 2011). Att fokusera på patienten som individ och göra denne till aktiv beslutstagare har visat sig leda till kortare sjukhusvistelse och mer effektiv vård (Ekman, Wolf et al., 2011; Olsson, Karlsson & Ekman, 2006).

PCV fokuserar på individ före sjukdom och på personen bakom patienten. PCV kan ses som reduktionismens motsats och befrämjar och tillvaratar individers subjektivitet, deras sätt att vara i vissa miljöer, deras styrkor och svagheter, deras framtidsplaner och deras rättigheter. Patienten blir till en aktiv partner och beslutsfattare kring sin egen vård. Med PCV hamnar patienten och patientens berättelse i centrum och man utgår därmed från patientens tolkning av situationen, för att sedan sätta denna i relation till evidens för vård och behandling. Patientens problem ska kunna förstås både av patienten själv och av dennes vårdare. Patientberättelsen kan sägas utgöra grunden och startpunkten för PCV (Ekman, Swedberg et al., 2011; Manley, Hills & Marriot, 2011; Swedberg, 2010). Manley et al. (2011) påpekar även betydelsen av uppföljning, att hela tiden se till att vården följer patientens behov, alltså även när behovet förändras.

Personcentrerad vård kan delas in i tre rutiner, för att säkerställa att PCV påbörjas, integreras och bevaras i praktiken. En av rutinerna innebär att lyssna till patientberättelsen och göra patienten till en partner i vårdandet, en annan innebär att beslutstagandet blir delat och den tredje innebär dokumentering av patientberättelsen. Att patienten får berätta, och bli lyssnad till, kan visa att vi som vårdpersonal tar denne på allvar och att det som patienten har att berätta är av vikt även för oss. Som det ser ut nu i vården, tillvaratas till största del s.k. biologisk data som förklarar patientens medicinska status. Dock, när det gäller omvårdnad, får dessa data endast ses som ett komplement till själva patientberättelsen. Det är endast genom patientberättelsen som man kan utläsa patientens känslor, uppfattning och preferenser, samt vilka resurser de har för att hantera och ta sig igenom sin sjukdomssituation. Utifrån patientberättelsen, där berättande och

lyssnande är innefattat, kan man enligt den andra rutinen skapa en god grund för diskussion och planering av vården tillsammans med patienten. Beslutstagandet blir då delat, och det vårdande partnerskapet med patienten blir utvecklat. Att sedan dokumentera patientberättelsen utifrån patientens känslor, uppfattning och preferenser gör att patientperspektivet framhålls tydligare, patient-vårdgivarsamspelet blir transparent och skapar kontinuitet i vårdprocessen (Ekman, Swedberg et al., 2011).

PCV kan också sägas fokusera mer på *hur* saker genomförs. I Love & Kellys (2011) studie beskrivs hur de boende på ett äldreboende ofta fick medicin utefter äldreboendets rutiner för att medicindelningen skulle gå så effektivt som möjligt, vilket ofta innebar tidigt på morgonen. Då ligger fokus på *vad* som görs. Om istället den boendes behov hamnar i fokus, kan det vara så att denne vill sova längre på morgonen de sista åren i livet. Om medicindelningen då anpassas efter den boendes behov fokuserar man istället på *hur* saker görs.

Manley et al. (2011) och Tellis-Nayak (2007) betonar vikten av att hela arbetsmiljön ska genomsyras av PCV. Om personalens välbefinnande är god och de får stöd, påverkar det vårdmiljön positivt både för personalen själva och för patienterna.

Problemformulering

Total primär höftledsoperation är en oftast lyckosam operation med få komplikationer. I många fall skulle den sjukhusbundna rehabiliteringen kunna vara avklarad på en betydligt kortare tid. Detta skulle kunna stärka patienternas möjligheter att återta sin självständighet tidigare och även minska de sjukhusrelaterade komplikationerna. Patienterna själva är dock inte mentalt redo för detta och kunskapen finns inte om vad som krävs för att de skulle kunna klara av det. Därför måste vården utvecklas och kunskapen ökas kring vilka faktorer som påverkar detta. General Self-Efficacy Scale, som mäter tillit till egen förmåga, och Tampa Scale for Kinesiophobia, som mäter rörelserädsla, är två instrument som troligen kan ge en ökad kunskap om patienternas problematik.

Syfte

Syftet var att beskriva patienters självskattade self-efficacy och rörelserädsla inför planerad höftledsoperation.

Metod

Studien var en del av en interventionsstudie där syftet var att undersöka effekten av traditionell vård jämfört med personcentrerad vård. Studien innefattade ett konsekutivt urval av 138 patienter som skrivits in för total primär höftledsoperation på två olika ortopedkliniker i Västsverige, ett större universitetssjukhus och ett mindre akutsjukhus. Inklusionskriteriet var patienter

inskrivna för primär total höftledsoperation. Exklusionskriterier var patienter som inte ville delta och patienter som var oförmögna att fylla i frågeformulär. Data från mätinstrumenten Swedish Version of the General Self-Efficacy Scale (Koskinen-Hagman, Schwarzer & Jerusalem, 1999) och den svenska versionen av Tampa Scale for Kinesiophobia (Lundberg et al., 2004) har använts.

Mätinstrumenten är uppbyggda som frågeformulär där patienterna själv ansvarar för att fylla i sin självskattning, vilket också är det vanliga förfarandet. Data som samlas in med hjälp av mätinstrument är kvantitativ och mäter förekomst och mönster hos en grupp människor (Parahoo, 2008). Deskriptiv analys kan användas för att presentera data insamlade i en stor undersökningsgrupp (Rahm Hallberg, 2008). Data samlades in mellan september 2010 och april 2011.

Etik

Studien har godkänts av en etisk prövningsnämnd för Göteborg och Bohuslän. Patienterna fick information både muntlig och skriftligt och deltagandet var frivilligt, och informerat samtycke inhämtades. Patienterna informerades om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att det skulle inverka på deras vård och behandling. De informerades också om att de inte kunde dra någon direkt nytta av att vara med i studien, men att framtida patienter kan komma att tjäna på resultatet.

Mätinstrument

General Self-Efficacy Scale (bilaga 2) mäter nivå av self-efficacy och består av 10 frågor (Koskinen-Hagman et al., 1999). Det finns fyra svarsalternativ, från "tar helt avstånd" till "instämmer helt". Efter sammanställning av totalsumman blir lägsta möjliga poäng 10, låg self-efficacy, och högsta möjliga poäng 40, hög self-efficacy. Genomsnittet för self-efficacy i en internationell databas på över 19 000 deltagare i 26 olika länder ligger vid 29,6 poäng (Freie Universität Berlin).

Tampa Scale for Kinesiophobia (bilaga 1) mäter nivå av rörelserädsla. Den svenska versionen av TSK består av 17 frågor där varje fråga har fyra svarsalternativ från "håller inte alls med" till "håller med helt". Totalsumman sammanställs, efter att frågorna 4, 8, 12 och 16 inverterats, och resultatet spänner sig mellan 17 och 68 poäng (Lundberg et al., 2004). En hög nivå av TSK indikerar en hög nivå av rörelserädsla (Lundberg et al., 2004; Lundberg, Styf & Jansson, 2009). Värdet 37, plus/minus tre, anses vara brytpunkt och ett värde över det anses vara förhöjd rörelserädsla (Lundberg, 2006).

Resultat

Studiepopulationen bestod av 138 patienter inskrivna för primär total höftledsoperation. Cirka 65 % av dessa var kvinnor. Fördelningen kvinnor/män såg i stort sett likadan ut på de båda sjukhusen (tabell 1). Medelåldern var något högre på det mindre sjukhuset (tabell 2).

Tabell 1: Antal individer och könsfördelning	Större sjukhus	Mindre sjukhus	Totalt
Kvinnor (%)	67 (65 %)	22 (62,9 %)	89 (64,5 %)
Män (%)	36 (35 %)	13 (37,1 %)	49 (35,5 %)
Totalt	103	35	138

Notering: Värdena angivna i antal (procent).

Tabell 2: Ålder, n=138.	Större sjukhus	Mindre sjukhus	Totalt
Kvinnor, medel (<i>median</i>)	64,7 (65)	69,2 (71,5)	65,8 (67)
Män, medel (<i>median</i>)	65,1 (67,5)	68,9 (70)	66,1 (68)
Totalt, medel (<i>median</i>)	64,9 (67)	69,1 (71)	65,9 (67,5)

Notering: Värdena angivna i medel (*median*).

Femtio procent av patienterna skattade sin rörelserädsla till 37 poäng eller högre, vilket får anses vara förhöjd rörelserädsla. Tjugofem procent av patienterna skattade en self-efficacy som låg på 28 poäng eller lägre, vilket är under det medelvärde på 29,6 poäng som den internationella databasen visar för en population på 19 000 personer (tabell 3).

Tabell 3: Self-Efficacy Scale, n=119 och Tampa Scale for Kinesiophobia, n=138.

Kvartiler	Self-efficacy	Rörelserädsla
Q1 (25 %)	28	31
Q2 (50 %)	32	37
Q3 (75 %)	36	42,3

Notering: Värdena angivna i medelpoäng per mätinstrument.

Diskussion

Metoddiskussion

Instrumenten i den föreliggande studien lämnades ut till patienterna i samband med att de hade kallats till ortopedmottagningen för att bli inskrivna. Denna inskrivning skedde två veckor före operation och de fick vid detta tillfälle även träffa läkare och sjuksköterska. Detta sätt administrera instrumenten fungerade mycket väl och bortfallet blev lågt därför att den sjuksköterska som skrev in patienten gav information om syftet och kunde också stödja patienterna om funderingar uppstod.

Generella etiska implikationer kring frågeformulär är enligt Parahoo (2008) att frågorna kan kännas inkräktande vilket kan göra att patienterna känner sig obekväma att svara på dem, frågeformulär kan ibland väcka obehagliga minnen och de kan även väcka bekymmer för sin egen hälsa, vilket kan få både positiva och negativa effekter. Detta innebär att patienterna med enkelhet måste kunna kontakta de ansvariga för studien vid problem. Detta kunde lösas genom att enkäterna fylldes i på ortopedmottagningen i samband med inskrivningen där en sjuksköterska fanns tillgänglig för frågor.

Resultatdiskussion

Det viktigaste resultatet i studien var att patienterna skattade sig högt när det gällde sin rörelserädsla, vilket alltså innebär att den var förhöjd. Brytpunkt för rörelserädsla är 37 poäng (Lundberg, 2006) och medianen i hela gruppen låg just på 37, vilket innebär att hälften av patienterna hade en något till starkt förhöjd rörelserädsla. Det anses att har man 37 poäng, plus/minus tre, ligger man i gränslandet för förhöjd rörelserädsla (Lundberg, 2006). Inom den ramen låg även det mindre sjukhusets snitt, som annars hade en något bättre självskattning av sin rörelserädsla än de på det större sjukhuset.

Att konfrontera de smärtrelaterade situationerna leder i längden till lägre smärtfrekvens, kortare smärtduration, lägre rädsla för smärta och lägre rädsla för skada (Vlaeyen et al., 1995), varför det måste anses vara av värde att minska undvikande beteende hos patienter med förhöjd rörelserädsla, samt att utforma vård utefter subjektiv upplevelse av den smärtrelaterade situationen (Sengul, Unver, Karatosun & Gunal, 2011).

Rent operationstekniskt skulle patienterna kunna skrivas ut från sjukhuset väldigt tidigt. Varför detta inte går i praktiken vet vi inte i dagsläget, som det är just nu behövs viss rehabilitering på sjukhus innan patienterna är redo för att lämna sjukhuset. Att få rehabiliteringen så individanpassad och effektiv som möjligt är betydelsefullt för att möjliggöra för patienterna att inte behöva vara inskrivna på sjukhus längre än vad de behöver. Hög rörelserädsla kan riskera att försämra rehabiliteringsresultatet (Lundberg et al., 2004) varför metoder för att minska undvikande beteende och metoder för att främja smärtkonfrontation bör finnas i behandlingen.

Självskattningen när det gällde self-efficacy var hos 25 % av patienterna under medelvärde i den internationella databasen. Även self-efficacy kan påverka rehabiliteringsresultatet (Dohnke et al., 2005; van der Akker-Scheek et al., 2007; Waldrop et al., 2001), vilket betyder att hänsyn bör tas till hur patienterna skattar sin self-efficacy. När det gäller just self-efficacy finns metoder för att förbättra den hos patienter. Pre- och postoperativ undervisning och behandling för patienter inskrivna för total höftledsoperation bör då vara uppbyggd enligt nedan:

Performance accomplishments

Man ska i god tid innan operation förbereda patienten på vad som väntar dem i samband med operation och vad som kommer att krävas av dem före och efter. Detta för att undvika att den verkliga postoperativa upplevelsen, som kan skilja sig mycket från den verkliga postoperativa situation de förväntar sig, inte kommer som en chock för patienterna. En hög self-efficacy preoperativt kan som sagt bli låg postoperativt om patienterna inte är förberedda nog på denna situation (Lucas, 2007). Med muntlig information och praktisk instruktion bör de även träna

preoperativt. Gånghjälpmedel och träningshjälpmedel ska kunna tas med hem, och de ska vara individanpassade (Villadsen & Farschou, 2007). På så sätt kan en känsla av att man lyckats fullborda en prestation infinns.

Vicarious experience

Patienterna kan även få hjälp via ställföreträdande erfarenhet på så sätt att patienter som tidigare genomgått total höftplastik visar hur man använder kryckor, etc. Detta sätt fungerar troligtvis bättre för individers self-efficacy än om en sjuksköterska eller sjukgymnast skulle demonstrera samma sak (Lucas, 2007). Att lära sig av varandra kan enklast ske i patientgrupper tillsammans med sjukgymnast eller arbetsterapeut. Det är viktigt att den personal som håller i gruppträningen är underrättad om individernas self-efficacy och på så sätt kan anpassa träningen utefter vilka som behöver mer och vilka som behöver mindre stöttning. Det vore heller inte fel om patienter som sporrar varandra kan vara placerade nära varandra, gärna i samma del av avdelning eller i samma rum (Villadsen & Farschou, 2007).

Verbal persuasion

I tidigare nämnda patientgrupper kan verbalt övertygande förekomma för att höja nivån av self-efficacy, antingen om den positiva feedbacken kommer från vårdpersonal eller medpatienter (Lucas, 2007). Om vårdpersonalen har kunskap om varje individs self-efficacy kan man också styra till vilka man behöver ge extra mycket positiv feedback. När det gäller verbalt övertygande är det också bra att involvera patienternas anhöriga, som i sin tur också de kan påverka patienterna i positiv bemärkelse (Villadsen & Farschou, 2007).

Emotional state

När det gäller att utveckla den emotionella delen kan det, precis som vid fullbordad prestation, vara bra för patienter att träna på att möta den postoperativa verkligheten redan innan operation. Detta kan ge positiva utslag på deras self-efficacy, både före och efter operation (Lucas, 2007). Exempel på detta är att redan innan operation få med sig de gånghjälpmedel hem som kommer att behövas postoperativt. För att minska stress och ångest är det viktigt att avsätta tid för rehabilitering och att dessutom planlägga aktiviteter, så att patienterna vet när de ska träna och vad. Det är också viktigt för att nå hög nivå av self-efficacy att patienterna inte är nyopererade och känner smärta när träningen börjar, då detta kan öka känslan av stress (Villadsen & Farschou, 2007).

Personcentrerad vård

Med PCV vill man utreda bland annat vilka resurser patienten har för sjukdomshantering (Ekman, Swedberg et al., 2011). Både General Self-efficacy Scale och Tampa Scale for Kinesiophobia fokuserar just på dessa resurser. Trots att patienten inte ges chans att berätta och bli lyssnad till via frågeformulär, utgår

man ändå från patientens subjektiva uppfattning om dennes förmåga och rädsla, vilket får anses kunna utgöra en viktig del i utformandet av personcentrerad vård.

Ofta upplever vårdgivare och vårdpersonal att de har ett personcentrerat förhållningssätt, men det har visat sig att vårdprocesser trots detta går på rutin och inte erbjuder några större möjligheter för en god patient-vårdarrelation (Ekman, Swedberg et al., 2011). Att då gå ifrån de gamla rutiner som byggts upp, och istället fokusera på de tre rutiner som strukturerar personcentrerad vård skulle innebära att patientens subjektivitet tillvaratas och patient-vårdarrelationen stärkas.

Det som mätinstrumenten General Self-Efficacy Scale och Tampa Scale for Kinesiophobia berättar om patienterna får anses vara en del av patientberättelsen, och således blir patienternas självskattning av self-efficacy och rörelserädsla en del av startpunkten för personcentrerad vård. Det är då viktigt att självskattningen tas till vara på och utgör en grund för partnerskap och delat beslutsfattande. Patientens känslor, uppfattning och preferenser, vilket self-efficacy och rörelserädsla får anses vara, ska dokumenteras för att skapa kontinuitet i vårdprocessen, för att patientperspektivet ska framhållas tydligare samt för att patientvårdgivarsamspelet ska bli transparent.

Studiens begränsningar

Studien har vissa begränsningar, bland annat att det var ett visst bortfall när det gällde att svara på Self-Efficacy Scale. Detta kan bero på att frågorna kan kännas svåra att svara på. En annan anledning kan vara att de tyckte att frågorna var allt för personliga.

En annan begränsning är att det är svårt att veta hur detta resultat kommer att speglas i utfallet vid interventionen.

Konklusion

För att utveckla rehabiliteringen för patienter som genomgår total primär höftledsoperation bör särskilda insatser testas för patienter som har sämre skattningar i dessa instrument. Detta kan ge kunskaper om hur vården kan utveckla sätt att hjälpa patienter att återta sin självständighet tidigare.

Referenser

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman and Company.

Dohnke, B., Knäuper, B. & Müller-Fahrnow, W. (2005). Perceived self-efficacy gained from, and health effects of, a rehabilitation program after hip joint replacement. *Arthritis & Rheumatism* 53(4), 585-592.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251.

Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L.-E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M. & Swedberg, K. (2011). Effects of person-centered care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*. doi:10.1093/eurheartj/ehr306.

Freie Universität Berlin. (u.å.). *SPSS Raw Data with 18,000 Participants*. Hämtad 19 april, 2012, från <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm/>

Koskinen-Hagman, M., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). Swedish version of the general self-efficacy scale. Hämtad 22 mars, 2012, från <http://userpage.fu-berlin.de/~health/swedish.htm>

Love, K. & Kelly, A. (2011). Person-centered care: Changing with the times. *Geriatric Nursing* 32(2), 125-129.

Lucas, B. (2007). Preparing patients for hip and knee replacement surgery. *Nursing Standard* 22(2), 50-56.

Lundberg, M., Styf, J. & Carlsson, S. G. (2004). A psychometric evaluation of the Tampa Scale for Kinesiophobia - from a physiotherapeutic perspective. *Physiotherapy Theory and Practice* 20(2), 121-133.

Lundberg, M. (2006). *Kinesiophobia: various aspects of moving with musculoskeletal pain*. Doctoral dissertation, Göteborg university, The Sahlgrenska academy.

Lundberg, M., Styf, J. & Jansson, B. (2009). On what patients does the Tampa Scale for Kinesiophobia fit? *Physiotherapy Theory and Practice* 25(7), 495-506.

Manley, K., Hills, V. & Marriot, S. (2011). Person-centered care: Principle of nursing practice D. *Nursing Standard* 25(31), 35-37.

- Olsson, L.-E., Karlsson, J. & Ekman, I. (2006). The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *Journal of Orthopedic Surgery and Research* 1(1), 1-7.
- Parahoo, K. (2008). Questionnaires. In R. Watson, H. McKenna, S. Cowman & J. Keady (Eds.), *Nursing Research: Designs and Methods* (pp. 299-308). Philadelphia, PA: Churchill Livingstone.
- Rahm Hallberg, I. (2008). Surveys. In R. Watson, H. McKenna, S. Cowman & J. Keady (Eds.), *Nursing Research: Designs and Methods* (pp. 179-187). Philadelphia, PA: Churchill Livingstone.
- Sengul, Y., Unver, B., Karatosun, V. & Gunal, I. (2011). Assessment of pain-related fear in patients with the thrust plate prosthesis (TPP): Due to hip fracture and hip osteoarthritis. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 53(2), 249-252.
- Swedberg, K. (2010). Personcentrerad vård - klinikerns comeback: Anamnesen och patientens symtom åter i fokus. *Läkartidningen* 107(6), 320-321.
- Tellis-Nayak, V. (2007). A person-centered workplace: The foundation for person-centered caregiving in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association* 8(1), 46-54.
- van den Akker-Scheek, I., Stevens, M., Groothoff, J. W., Bulstra, S. K. & Zijlstra, W. (2007). Preoperative or postoperative self-efficacy: Which is a better predictor of outcome after total hip or knee arthroplasty? *Patient Education and Counseling* 66(1), 92-99.
- Villadsen, B. & Farschou, P. (2007). Patientundervisning skal forankres teoretisk. *Sygeplejersken* 107(5), 40-44.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Rotteveel, A. M., Ruesink, R. & Heuts, P. H. T. G. (1995). The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation* 5(4), 235-252.
- Waldrop, D., Lightsey, O. R., Jr., Ethington, C. A., Woemmel, C. A. & Coke, A. L. (2001). Self-efficacy, optimism, health competence, and recovery from orthopedic surgery. *Journal of Counseling Psychology* 48(2), 233-238.
- Zulkosky, K. (2009). Self-efficacy: A concept analysis. *Nursing Forum* 44(2), 93-102.

Tampaskalan för kinesiofobi – Svensk version

Nedan följer olika erfarenheter som andra patienter delgivit oss. Var vänlig och ringa in lämplig siffra från 1 – 4 för varje påstående. Läs varje påstående och besvara varje påstående så gott du kan

(Lundberg, Carlson och Styf 2004)

	Håller inte alls med	Håller med helt		
	1	2	3	4
1	Jag är rädd för att jag kan skada mig själv om jag tränar			
2	Om jag försökte träna så skulle min smärta öka			
3	Min kropp säger mig att jag har någon allvarlig åkomma			
4	Min smärta skulle troligen lindras om jag motionerade			
5	Människor tar inte mitt medicinska tillstånd tillräckligt allvarligt			
6	Min skada har försvagat mig kroppsligen för resten av mitt liv			
7	Smärta beror alltid på kroppslig skada			
8	Bara för att någonting förvärrar min smärta behöver det inte betyda att det är farligt			
9	Jag är rädd för att jag skulle kunna skada mig själv oavsiktligt om jag tränade			
10	Att vara försiktig med onödiga rörelser är det bästa jag kan göra för att förhindra att smärtan förvärras			
11	Jag skulle inte ha så här ont om det inte var något farligt på gång i min kropp			
12	Även om det gör ont klarar jag mig bättre om jag är fysiskt aktiv			
13	Smärtan säger mig när jag skall sluta träna, så att jag inte skadar mig själv			
14	Det är verkligen inte ofarligt för en person i mitt tillstånd att vara fysiskt aktiv			
15	Jag kan inte göra saker som andra eftersom det är för stor risk att bli skadad			
16	Även om någonting orsakar mig mycket smärta så tror jag faktiskt inte att det är farligt			
17	Ingen skall behöva träna när hon eller han har ont			

Self efficacy scale

	Fråga	Svar
1	Jag lyckas alltid lösa svåra problem om jag bara anstränger mig tillräckligt.	
2	Även om någon motarbetar mig hittar jag ändå utvägar att nå mina mål.	
3	Jag har inga svårigheter att hålla fast vid mina målsättningar och förverkliga mina mål.	
4	I oväntade situationer vet jag alltid hur jag skall agera.	
5	Till och med överraskande situationer tror jag mig klara av bra.	
6	Tack vare min egen förmåga känner jag mig lugn även när jag ställs inför svårigheter.	
7	Vad som än händer klarar jag mig alltid.	
8	Vilket problem jag än ställs inför kan jag hitta en lösning.	
9	Om jag ställs inför nya utmaningar vet jag hur jag skall ta mig an dem.	
10	När problem uppstår kan jag vanligtvis hantera dem av egen kraft.	

Svarsalternativ:

1 =	Tar helt avstånd	2 =	Tar delvis avstånd	3 =	Instämmer delvis	4 =	Instämmer helt
-----	------------------	-----	--------------------	-----	------------------	-----	----------------